

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

No

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 1^{er} mai 1895, à 1 heure.

Par SALOMON MANGOUBI

Né à Odessa, le 23 juin 1869.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE LA

SPLÉNOMÉGALIE GRIPPALE DE L'ADULTE

Président : M. POTAIN, professeur.

Juges : MM. STRAUS, professeur.

DÉJERINE,
NETTER, } *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 1^{er} mai 1895, à 1 heure.

Par SALOMON MANGOUBI

Né à Odessa, le 23 juin 1869.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE LA

SPLÉNOMÉGALIE GRIPPALE
DE L'ADULTE

Président : M. POTAIN, professeur.

Juges : MM. STRAUS, professeur.

DÉJERINE, } *agréés.*
NETTER, }

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	{ SÉE (G.).
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND.
	{ DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.....	BERGER.
Clinique des voies urinaires.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	{ GUYON.
	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, PAJOT et VERNEUIL

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	DELBET.	MARFAN.	REITTERER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MARIE.	RICARD.
BALLET.	GAUCHER.	MAYGRIER.	ROGER.
BAR.	GILBERT.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BRISAUD.	GLEY.	NÉLATON.	SEBILEAU.
BRUN.	HEIM.	NETTER.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	POIRIER, Chef des tra-	VARNIER.
CHARRIN.	LEJARS.	vaux anatomiques.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUÉNU.	WEISS.
DÉJÉRINE.			

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR POTAIN

MEMBRE DE L'INSTITUT

Hommage de profonde reconnaissance.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556021_0051

INTRODUCTION

Attaché au service de M. le professeur Potain nous avons eu l'occasion de voir un grand nombre de grippés. Que de fois à l'occasion de ces malades nous avons eu le bonheur de profiter des explications de notre vénéré maître. Que de fois nous avons entendu M. le professeur Potain insister sur la fréquence de la tuméfaction splénique et sur sa valeur dans les variétés infinies de tableaux cliniques de l'infection grippale. C'est grâce aux conseils réitérés et à la bienveillance si connue de notre maître que nous avons appris à faire la percussion de la rate, percussion reconnue si difficile par les plus éminents cliniciens, qu'ils n'hésitent pas à considérer comme douteux tous les résultats obtenus par ce procédé et non vérifiés par la palpation.

On comprendra donc avec quel empressement, mais aussi avec quelle hésitation nous avons entrepris notre travail, lorsque notre bienveillant maître M. le professeur Potain a bien voulu nous conseiller de prendre la splénomégalie grippale comme sujet de notre thèse inaugurale.

Sans aucune idée préconçue, convaincu seulement de la supériorité de la méthode de percussion de la rate sur tous les autres procédés de l'exploration de l'organe surtout pour le diagnostic des hypersplénies infectieuses aiguës, nous avons commencé par rechercher et par lire tout ce qui nous a semblé utile pour la rédaction de cette thèse.

Par ce travail que nous soumettons à la bienveillance de nos juges, nous n'avons nullement la prétention de résou-

dre définitivement la question de la splénomégalie grip-pale ; nous désirons seulement attirer l'attention sur un sujet qui n'a été étudié que d'une manière incomplète.

Arrivé au terme de nos études qu'il nous soit permis avant tout d'adresser ici nos remerciements à tous nos maîtres de la Faculté et en particulier à M. le professeur Mathias Duval dont les leçons si claires et d'un esprit si large nous ont tant servi dans nos études ultérieures.

Que tous nos maîtres dans les hôpitaux, MM. les professeurs Dieulafoy, Tillaux, Pinard et MM. les docteurs Hannot, Budin, Hallopeau, Brocq reçoivent ici nos vifs remerciements pour le brillant enseignement, dont ils nous ont fait profiter.

L'année scolaire 1894-95 a été la plus fructueuse pour nos études cliniques. C'est en effet l'année où nous avons eu le bonheur d'entrer dans le service de M. le professeur Potain. L'amour pour la médecine et pour le malade, que notre vénéré maître nous a inspiré, ne s'effacera jamais dans l'avenir de notre vie médicale. Eh bien ! qu'il nous soit permis au moins de garder toujours la plus vive reconnaissance, le plus grand respect pour notre maître et de le remercier ici d'un cœur plein de gratitude et d'une profonde émotion.

Nous adressons nos plus vifs remerciements à M. Brodier, interne du service, qui a bien voulu se dessaisir en notre faveur de ses observations.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

La grippe est une maladie connue depuis fort longtemps sous différents noms : tac, horion, gravedo-anhelosa, coryza suffocant, catarrhe épidémique, toux épidémique, barquette, petite poste, petit courrier, influenza, etc. Ozanam dit qu'on trouve même dans Hippocrate la trace des épidémies catarrhales. Naumann considère les épidémies qui se sont manifestées en Europe en 876 et 1173 comme étant de nature grippale. Les différents auteurs français, allemands, italiens, citent les dates de 1239, 1311, 1357, 1359 comme les époques des épidémies grippales. D'après M. le professeur Teissier, il est probable que la grippe est une maladie, dont l'existence remonte au delà du XVI^e siècle, et que l'épidémie appelée tac ou horion qui régna en 1405, de même que l'épidémie de 1510 n'étaient autre chose que la grippe. L'épidémie de 1510 désignée par Fernel sous le nom de coryza suffocant, toux épidémique et une autre décrite en 1557 par Pasquier sont considérées par Brochin comme des épidémies grippales. Mais la première épidémie bien caractéristique date de 1580 ; elle est décrite par différents auteurs en France, en Allemagne, en Angleterre, en Hollande, en Italie, etc. Depuis cette époque on compte, de l'avis de M. le professeur Teissier, à peu près 150 épidémies. Les énumérer toutes serait un travail tout à fait fastidieux ; je ne mentionnerai donc que l'épidémie de 1676, dont le tableau clinique a été tracé par Sydenham ; celle de 1730, à partir de

laquelle la Russie (St-Petersbourg, Moscou, Varsovie) est considérée comme le point de départ de toutes les épidémies ultérieures ; celle de 1753, compliquée de pleurésies et de pneumonies ; l'épidémie de 1762, à forme nerveuse ; celle de 1775, décrite par Stoll et Heberden, à forme gastro-biliaire, l'épidémie de 1833, à forme abdominale, décrite par Priau, Pétrequin, Bourgogne ; la pandémie meurtrière de 1837, compliquée de pneumonies (Piorry, Nonat), d'hématuries et de troubles psychiques tels que rêvasserie, délire, et même aliénation mentale. L'épidémie de 1842, décrite à Paris par Récamier qui signale des spasmes, des crampes, des névralgies, et même la perte complète de la sensibilité et du mouvement ; celle de 1847 grave à Londres et à Genève ; on y observe des complications telles que les angines, les pneumonies, les pleurésies, les péricardites ; on signale aussi des troubles nerveux intenses, des névralgies temporales sus-orbitaires, des congestions cérébrales, des méningites. L'épidémie de 1858, décrite à Paris par Brochin, par Emmond et Ferrier (thèses de Paris) ; celle de 1875 caractérisée surtout par la forme gastro-intestinale. L'épidémie de 1880 dans laquelle M. le professeur Potain observe des cas cholériformes. Eh bien ! Pendant toutes ces épidémies, ni dans les tableaux cliniques tracés par les plus illustres cliniciens, ni dans les rapports des recherches anatomiques de Piorry, Nonat, de Maximin Legrand sur les sujets morts de la grippe, nous ne trouvons aucune indication sur la splénomégalie grippale.

Un auteur anglais, Peacock, signale la tuméfaction splénique dans une épidémie douteuse de grippe observée à Londres ; mais à l'autopsie des malades, il constate des ulcérations intestinales avec augmentation du volume de

la rate. Il semble que l'autopsie permette de poser le diagnostic de fièvre typhoïde.

Il est donc permis de considérer comme absolument justifiée cette phrase de Chauveau dans sa thèse de 1884 : « La grippe n'a jamais été, que nous sachions, considérée comme accompagnée de splénomégalie. M. Albert Mathieu nous a appris qu'il avait constaté ce symptôme dans le service de M. le professeur Sée et qu'il n'en avait pas trouvé d'exemples dans les auteurs ». L'auteur donne des observations des grippés de l'épidémie de 1884 avec hypersplénie manifeste ; il n'a pas eu l'occasion de pratiquer l'autopsie des grippés.

Dans le compte-rendu d'une autopsie faite à l'hôpital de la Pitié, d'un malade mort d'une pneumonie grippale dans le service de M. le professeur Jaccoud, nous trouvons noté que la rate était grosse et molle (observation citée sous le n° XXVIII par M. Menetrier dans sa thèse).

Enfin survient la pandémie véritablement meurtrière de 1889, donnant lieu à une foule de complications du côté des différents appareils de l'organisme. Cette épidémie produit un grand retentissement dans la littérature médicale ; elle fait naître de remarquables travaux sur la pathogénie de la grippe et ses complications ; on ne peut passer sous silence les travaux de MM. Bouchard, Chantemesse, Gaucher, Netter, Widal, les expériences célèbres de MM. Teissier, Roux, Pittion, les recherches bactériologiques de MM. Seiffert, Babès, Pleiffer, Kierschner, Kosthiourine, Canon, Jarron. C'est à ce moment aussi que la splénomégalie grippale est observée dans tous les pays par une foule de médecins. Mais ce sont surtout MM. les professeurs Potain et Teissier en France, Leyden, Redner, Ribbert en Allemagne, Weichselbaum en Autriche, Kernig,

Sokoloff, Kosthiourine en Russie, qui insistent sur cette tuméfaction de la rate dans la grippe. C'est en nous basant sur les observations publiées çà et là depuis cette époque que nous tâcherons de rédiger notre petit travail.

Nous croyons utile de passer en revue les différentes manières d'examiner la rate, surtout au point de vue de l'hypersplénie infectieuse aiguë.

Mais avant d'aborder ce sujet, il nous paraît indispensable de voir comment se présente la rate dans les maladies infectieuses aiguës.

CHAPITRE II

Hypersplénie infectieuse aiguë.

Le volume de la rate dépend de deux conditions : d'une part, de la pression du sang dans l'artère splénique, et d'autre part de la contractilité des fibres élastiques et des faisceaux musculaires qu'on trouve dans les trabécules et la capsule de la rate (Cornil et Ranvier). Cette contractilité se trouve sous la dépendance de l'innervation, comme cela a été démontré par les recherches de Cl. Bernard, Schiff, Tarchanoff, Bochefontaine.

Après les repas, une gêne momentanée de la circulation se produit dans la veine porte, et par conséquent dans la veine splénique, par suite de l'absorption abondante du contenu intestinal.

La rate se congestionne et les mailles de son stroma se distendent. C'est ainsi que Schœnfeld a trouvé le maximum de poids de la rate cinq heures après les repas. Mais la présence de faisceaux musculaires et de fibres élastiques dans les trabécules et la capsule fait que la rate physiologiquement congestionnée se débarrasse facilement du sang contenu dans ses mailles distendues et qu'elle revient ainsi à son volume primitif. Les modifications physiologiques sont en général passagères et très légères ; de même, la tuméfaction de la rate qui se produit parfois après l'arrêt des menstrues (Eichhorst).

Il n'en est pas ainsi à l'état pathologique. Lorsque la cause de la congestion est permanente ou souvent répétée,

la rate se congestionne et reste telle pendant un temps plus ou moins long. Nous passons sous silence la tuméfaction aiguë de la rate d'origine traumatique (chute, choc), la tuméfaction à la suite d'une embolie dans l'endocardite infectieuse, emboligène, du cœur gauche, pour insister sur les caractères de l'hypersplénie infectieuse aiguë.

La rate congestionnée est le plus souvent molle et peu tendue, au moins au début des maladies infectieuses aiguës. Rarement la rate a doublé de poids, il est plus rare encore qu'elle ait triplé, surtout si on laisse de côté la fièvre récurrente, où la rate est de 5 à 6 fois plus grosse qu'à l'état normal. Les mêmes considérations sont applicables aux variations de volume de la rate (Cornil, Besnier, Coyne, Eichhorst). Tels sont les caractères physiques de la splénomégalie infectieuse aiguë.

Voyons maintenant quels sont les symptômes fonctionnels de ces tuméfactions spléniques aiguës.

Le plus souvent ils font défaut, ou bien parce que la congestion de la rate est peu intense et la distension de sa capsule progressive, ou bien encore parce que la tuméfaction aiguë de la rate coexiste avec des affections pyrétiques plus ou moins graves, accompagnées d'une perturbation plus ou moins profonde du système nerveux. Les sensations pénibles, douloureuses, de l'hypochondre gauche se perdent, pour ainsi dire, au milieu des troubles plus accusés.

Cependant, dans certains cas le malade accuse de la douleur, une sensation de poids, de gêne ou de tension dans la région de l'hypochondre gauche. La douleur spontanée apparaît surtout dans le cas de distension rapide de l'organe. Mais le plus souvent la douleur est provoquée par la toux, par les mouvements respiratoires, par la

pression ou par la percussion et la palpation de la région splénique, comme on l'observe fréquemment dans la splénomégalie de la fièvre récurrente. Quelquefois la douleur devient plus forte par le décubitus latéral gauche du malade, parfois au contraire elle s'exaspère par le décubitus latéral droit, peut-être, parce que la rate tuméfiée tend les ligaments suspenseurs, comme le veut M. Eichhorst.

Toutefois, dit M. Besnier, la douleur n'est pas sentie, ni rapportée par le malade d'une manière constante au siège même du mal. Si on ajoute à cela, que le système nerveux général a subi dans les maladies infectieuses aiguës une atteinte plus ou moins profonde, on aura une notion exacte des conditions qui diminuent la valeur séméiotique de la douleur dans les diverses splénopathies infectieuses aiguës. En somme, ou bien les symptômes fonctionnels n'existent pas, ou bien, s'ils existent, ils n'ont pas bien souvent toute la valeur que l'on tendrait à leur accorder. L'attention du médecin, dans la majorité des cas, ne sera donc pas attirée du côté de l'hypersplénie infectieuse par le malade lui-même. Cette tuméfaction splénique restera le plus souvent latente et le médecin devra la rechercher pour la trouver.

CHAPITRE III

Des différents procédés d'examen de la rate dans les maladies infectieuses aiguës.

A. Inspection de la région splénique. — L'œil seul peut révéler parfois une légère voussure dans l'hypochondre gauche et des excursions respiratoires de l'organe, si la rate est très grosse et surtout d'une consistance ferme. Dans ces conditions, on peut constater dans quelques cas, la mobilité de l'organe suivant les différentes attitudes qu'on donne au malade, ou même le soulèvement de la paroi abdominale par la portion antéro-inférieure de la rate déplacée ou tuméfiée. Mais, de l'avis de tous les auteurs, l'inspection ne donne rien dans les maladies infectieuses aiguës, où, comme nous l'avons vu, la rate, le plus souvent ramollie et peu distendue, ne subit qu'une légère tuméfaction. Très rarement cependant de l'avis de M. le professeur Kotowstchikoff, on peut observer chez les enfants et les femmes multipares le soulèvement de la paroi abdominale par la rate congestionnée dans le cours de la fièvre récurrente.

B. Palpation de la rate. — A l'état normal, on n'arrive pas à palper la rate, ni chez l'adulte, ni chez l'enfant même dans l'inspiration la plus profonde et le malade étant dans la position diagonale droite, si recommandée par Schuster.

Elle peut être perçue sous le rebord des fausses côtes, quand il y a accroissement du volume de l'organe ou dépla-

cement en bas et en avant. Ce déplacement peut être dû à un épanchement liquide ou gazeux de la plèvre gauche, ou à toutes les causes qui produisent l'abaissement du diaphragme. Dans ces cas, la rate peut devenir accessible à la main ou pendant l'inspiration seulement ou d'une manière permanente. Dans ce dernier cas, surtout lorsque la rate tuméfiée présente une certaine dureté, on arrive à constater les autres caractères de la rate hypertrophiée : à savoir, sa forme, ses dimensions approximatives, sa consistance, les caractères de surface, sa sensibilité et sa mobilité.

Dans son remarquable *Traité de chirurgie clinique*, M. le professeur Tillaux s'exprime ainsi : « La rate hypertrophiée se présente sous l'aspect d'une tumeur ferme au toucher, plutôt dure, lisse, régulière, accolée à la paroi abdominale, à travers laquelle se dessinent en général ses contours, en raison de la maigreur habituelle des sujets. C'est-à-dire qu'on la sent aisément et que l'on peut apprécier les dépressions ou encoches de son bord antérieur ».

Lorsque la rate est volumineuse et ferme, il n'est pas difficile de faire la palpation de l'organe ; il faut, au contraire, certains artifices pour arriver à palper la rate molle et légèrement tuméfiée. Voyons maintenant quels sont ces artifices, recommandés par les auteurs.

Il y a deux méthodes pour faire la palpation de la rate : suivant l'une, employée par la majorité des cliniciens, on met le malade dans le décubitus latéral droit ou dans la position diagonale droite ; on relève le bras gauche, et on le porte derrière la tête. Le médecin placé du côté gauche du malade exerce avec 3 ou 4 doigts réunis de la main droite une pression pas trop énergique dans l'angle formé par le cartilage de la 10^e côte gauche et l'extrémité libre de la 11^e côte.

Un autre procédé est recommandé par M. Leube. Le malade dans la position indiquée plus haut fait des inspirations lentes et profondes. Le médecin se met ici du côté droit du malade ; il entoure la partie inférieure et latérale du thorax avec la main gauche, placée suivant la ligne axillaire gauche, et exerce une pression dans la direction de la main droite, tandis que celle-ci, mise à plat sur la paroi abdominale relâchée, tend à s'enfoncer progressivement sous le rebord des fausses côtes. De cette façon il arrive à constater si la portion inférieure de la rate devient accessible pendant la plus profonde inspiration.

Telle est la technique de la palpation. Voyons maintenant quelles sont les opinions des différents auteurs sur la valeur et l'utilité de la palpation dans les splénomégalies infectieuses aiguës.

M. Leube nous dit, que même la tuméfaction légère de la rate, telle qu'on l'observe en général dans les maladies infectieuses aiguës, peut être reconnue avec une exactitude rigoureuse par le procédé employé par lui. Puis il continue en ces termes : « en me basant sur une longue expérience, je considère comme très douteuses toutes les tuméfactions spléniques, constatées par le procédé de la percussion et inaccessibles à la palpation ».

Nous sommes fort loin de partager l'opinion du professeur de Wurtzbourg ; il nous paraît, que dans les maladies infectieuses aiguës (la splénomégalie de la fièvre récurrente mise à part), on n'arrivera pas le plus souvent à palper la rate légèrement tuméfiée et molle. Et même, si l'on perçoit par la palpation l'extrémité antéro-inférieure de cet organe, cela ne nous permet, ni d'apprécier son volume total d'après l'une de ses portions (attendu qu'elle se déplace facilement en haut et en bas), ni de suivre d'une ma-

nière bien précise la marche régressive de la splénomégalie infectieuse. Nous sommes heureux de nous ranger à l'opinion de notre vénéré maître M. le professeur Potain, qui reconnaît la supériorité du procédé de la percussion. M. Besnier dit que la palpation est d'une importance énorme ; cependant elle s'applique à un moins grand nombre de cas. M. Eichhorst dit : « il est des hypertrophies légères impossibles à diagnostiquer par la palpation, et accessibles seulement à la percussion ; et ces hypertrophies légères sont souvent très utiles à constater afin d'en établir le diagnostic ».

Eichwald, le regretté professeur de St-Petersbourg, nous dit que par la palpation on reconnaît la tuméfaction ou le déplacement d'une rate de consistance ferme ; mais la position de la rate étant en général très variable, si l'on arrive même à palper la portion antéro-inférieure de l'organe, il est difficile de se prononcer sur son volume.

C) Percussion de la rate. — La rate est située dans l'hypochondre gauche ; son plus grand diamètre, dirigé de haut en bas et d'arrière en avant, court à peu près parallèlement à la direction des espaces intercostaux entre la 9^e et la 11^e côtes. Il se rapproche un peu plus de la ligne verticale, et coupe sous un angle très aigu la direction de côtes. Au point de vue de la percussion, l'organe nous intéresse par son extrémité postéro-supérieure, tournée vers la colonne vertébrale et qui en est distante ordinairement de 2 à 4 centimètres. Cette extrémité est moins rapprochée de la paroi thoracique, que l'extrémité antéro-inférieure, qui en général est éloignée de 4 à 5 centimètres du rebord des fausses côtes gauches. Suivant les auteurs, elle ne dépasse pas la ligne, qui joint l'extrémité libre du cartilage de la

11^e côte gauche à l'articulation sterno-claviculaire gauche (ligne costo-articulaire). On décrit à la rate un bord antérieur, qui suit à peu près la 9^e côte et qu'on peut déterminer par la percussion ; un bord postérieur, qu'on n'arrive pas à délimiter en bas, parce que la matité splénique se confond directement en arrière et en bas avec la matité rénale.

Le plus grand diamètre de la rate mesure suivant les uns 12 centimètres (Sappey), suivant les autres 11 centimètres ; le diamètre transversal est de 7 cent. 5 à 8 centimètres et son épaisseur est environ de 3 centimètres. Il est bien entendu, que même chez les gens bien portants ses dimensions varient suivant l'âge, le sexe, la constitution de l'individu. Plus petite chez la femme, la rate s'atrophie chez les vieillards ; chez les sujets pléthoriques, et d'une forte constitution la rate est plus grosse que chez les anémisés et les cachectiques.

Lebert conseille de ne pas attribuer une grande valeur en séméiologie aux variations peu étendues de la matité splénique. Ainsi, on pourrait éviter de confondre les rates étalées avec des rates tuméfiées ou bien des rates épaisses à surface petite avec des rates à dimensions minimales.

En général on peut dire que toutes les rates, dont le plus grand diamètre dépasse 13 centimètres, sont augmentées de volume ; mais il y a un autre caractère d'une très haute importance pour le diagnostic de la splénomégalie infectieuse aiguë ; c'est la résolution de la tuméfaction splénique et la diminution progressive du plus grand diamètre de la rate, constatée par la percussion à intervalles rapprochés. La percussion de la rate expose à des erreurs d'interprétation assez nombreuses ; on les comprend bien, si on se rappelle les rapports anatomiques de cet organe avec la concavité du diaphragme, qui le sépare du poumon et

du cœur ; avec la grosse tubérosité de l'estomac, l'intestin grêle, l'angle gauche du colon et l'extrémité supérieure du rein gauche.

La condensation de la base du poumon gauche peut faire supposer un accroissement de la matité splénique. Mais à l'auscultation de ce poumon infiltré on a toujours pour se guider les altérations ou bruits anormaux de la respiration.

Il est plus difficile d'écarter l'idée d'un épanchement pleurétique, qui s'accompagne de disparition des bruits respiratoires. Dans ce cas le diagnostic ne peut souvent être fait que sur des nuances cliniques. C'est ainsi que les excursions respiratoires et les variations de l'attitude du corps changent les limites de la matité splénique et restent sans aucune influence sur les limites de la matité due à un épanchement. Eichwald donne un autre caractère distinctif. La surface de la matité splénique augmente d'autant plus que la percussion sera plus forte, tandis que dans le petit épanchement pleurétique la percussion forte peut éveiller un son clair, à travers la mince couche de liquide et diminuer par conséquent la surface de la matité.

Mais les causes d'erreur de beaucoup les plus fréquentes viennent de ce fait, que l'estomac et l'intestin remplis par des masses solides contribuent parfois à un faux accroissement de la matité splénique et qu'au contraire la présence du tympanisme stomacal et intestinal la diminue, ou gêne à tel point la percussion que, suivant MM. Bruhl et Bezançon, la rate normale n'est le plus souvent pas accessible à la percussion ou bien ne l'est que sur un ou deux travers de doigt. Au point de vue pratique on peut dire, d'après ces auteurs, qu'une rate perceptible à la percussion est une rate pathologique.

Nous admettons volontiers que le tympanisme rend par-

fois la percussion difficile, mais nous ne pouvons pas admettre avec eux, que la rate perceptible à la percussion soit toujours une rate pathologique.

Dans le cas de périsplénite purulente on se guidera surtout par la forme de la matité.

On ne confondra pas une tumeur du rein avec la rate, parce que le côlon descendant coupe pour ainsi dire en écharpe le rein gauche, et on constatera une bande de sonorité qui interrompra la matité.

De même, on arrivera à reconnaître l'hypertrophie du lobe gauche du foie, qui s'avance vers la rate, par ce fait, qu'une zone sonore, due à la présence de l'estomac entre les matités splénique et hépatique sera les plus souvent interposée (Tillaux).

Nous venons de passer en revue les diverses difficultés qui peuvent se présenter pendant la percussion de la rate, et les moyens de les surmonter. Voyons maintenant, comment il faut s'y prendre pour percuter la rate.

On se rappelle, que la rate est couverte par le poumon dans sa partie supérieure et que son bord antérieur n'apparaît sous le bord inférieur du poumon qu'à la hauteur de la 9^e côte sur la ligne axillaire postérieure. De ce fait résultent deux méthodes de percussion.

La première est recommandée par les cliniciens, qui pensent, que le segment non recouvert par le poumon et en contact direct avec la paroi thoracique est seul accessible à la percussion certaine. C'est ainsi que M. Eichhorst dit : « si certains auteurs, J. Meyer notamment, ont voulu délimiter par la percussion la totalité du viscère, on a eu raison de douter des résultats qu'ils ont obtenus ; leur prétention est vaine »...

M. Besnier recommande de commencer la percussion

suivant le trajet de la ligne, qui va de l'aisselle vers l'épine iliaque antéro-supérieure, de marquer sur cette ligne les limites supérieure et inférieure de la matité; puis de percuter dans la direction de la ligne transversale, qui coupe la première à mi-chemin de la matité axillo-iliaque; on marque sur cette ligne transversale deux nouveaux points extrêmes de la matité et on détermine le contour de la matité par la percussion concentrique, pratiquée de la base vers les sommets des angles, formés par l'intersection de deux lignes indiquées plus haut. Le plus grand diamètre de la matité normale de la rate mesure à peu près 6 cent., d'après Niemeyer.

Mais l'étendue de la matité splénique, déterminée de cette façon, dépend dans une large mesure de la situation du bord inférieur du poumon gauche, pendant les deux temps de la respiration, de la dimension de ce poumon, de la situation du diaphragme.

Dans l'emphysème pulmonaire, la rate peut être recouverte par le poumon dans une très grande étendue, et alors la matité splénique sera notablement diminuée. Dans le météorisme la rate remonte en haut; le segment splénique non recouvert par le poumon et l'étendue de sa matité diminuent.

On voit qu'il n'est pas exact de juger de la dimension totale de la rate d'après l'étendue d'une de ses portions, très variable même en dehors de toute tuméfaction pathologique. Nous ne pouvons donc pas adopter la méthode dite classique de percussion, et nous préconisons la méthode que nous avons appris à connaître dans le service de notre maître, M. le professeur Potain.

Mais d'abord, dans quelle position faut-il mettre le malade? Piorry recommande le décubitus latéral droit, Schus-

ter fait reposer le malade sur l'omoplate droite. Ziemssen préfère le placer dans la situation verticale. M. Besnier préfère la position verticale toutes les fois que le malade n'est pas abattu. En effet, dans la situation verticale, il est plus facile de délimiter la portion inférieure de la rate, parce que dans le décubitus latéral droit la saillie des os du bassin rend parfois difficile cette percussion. On peut, bien entendu, contrôler la percussion faite dans une attitude par la même recherche opérée dans une autre.

Mais il est de toute nécessité de donner toujours au malade la même position quand on veut constater si la matité splénique augmente ou diminue.

Nous avons pris l'habitude, dans le service de M. le professeur Potain, de mettre le malade dans la position latérale droite, le bras gauche relevé et placé derrière la tête, laissant, par conséquent, à découvert toute l'étendue de la région à examiner. Si l'on est gêné par la saillie de l'os iliaque, on peut mettre un coussin sous le flanc droit du malade. Le médecin, placé à droite, détermine d'abord la limite de l'extrémité supérieure de la rate ; d'une façon générale, à la percussion de la rate, du cœur et du foie il faut chercher les limites de l'organe et ne jamais percuter sur l'organe lui-même, comme nous répète toujours M. le professeur Potain. On place donc le doigt à une certaine distance de l'extrémité supérieure de la rate et toujours parallèlement à la limite cherchée de l'organe ; on applique bien son doigt plessimètre sur la région à percuter et par des coups secs on exercera une percussion forte, profonde. Aussitôt qu'on arrivera sur l'extrémité supérieure, on constatera la résistance plus grande au doigt et l'élévation de la tonalité plutôt que la diminution de la sonorité. On marquera alors avec le crayon dermographique la limite

trouvée de la rate. Ensuite le médecin cherchera l'extrémité inférieure de l'organe (nous passons du côté gauche du malade pour cette partie de la percussion), il placera le doigt toujours à une certaine distance et parallèlement à la limite inférieure de l'organe et percute légèrement, superficiellement pour ne pas éveiller toute la sonorité tympanique de l'intestin. De cette façon, on constatera qu'à la limite de l'organe, la sonorité tympanique est remplacée par un son mat, et on marquera cette limite avec un crayon. Alors on passera à la recherche des bords antérieur et postérieur de l'organe. Mais le plus souvent on se contente de la mesure du plus grand diamètre de la rate, tuméfiée dans le cours des maladies infectieuses aiguës. Une fois ce diamètre mesuré on reprend la percussion en fermant les yeux ou en recouvrant les limites déjà tracées. En général on n'affirme la splénomégalie qu'après avoir vérifié ainsi le résultat de la première percussion. Par les mêmes manœuvres, faites les jours suivants, on peut suivre la marche régressive de la tuméfaction splénique, comme nous l'avons constatée à plusieurs reprises chez les grippés.

Avant de passer aux observations, nous dirons que dans tous les cas, recueillis dans le service de M. le professeur Potain, le plus grand diamètre de la rate était toujours déterminé par le procédé que nous venons de décrire. Dans les autres observations que nous publions, la matité splénique n'était déterminée que dans l'étendue de la portion de la rate non recouverte par le poumon.

OBSERVATIONS

OBS. 1 (personnelle). — *Pneumonie congestive migratrice d'origine grippale*. Rate = 15,5 ; 14 ; 13 ; 12,5. — Hôpital de la Charité, salle Bouillaud. Service de M. le professeur POTAIN. — Journalier de 31 ans entré le 6 mars 1895, salle Bouillaud 13. Dans les antécédents héréditaires rien de particulier à noter. Bien portant jusqu'à l'âge de 19 ans, il a eu à cette époque une fluxion de poitrine. Pendant 3 ans il fait son service militaire. Depuis 5 ans il commence à tousser un peu aussi bien en été que pendant l'hiver. La toux s'accompagne parfois de crachats muqueux, légèrement purulents, clairs, jaunâtres. Il y a un an que des hémoptysies se sont produites à plusieurs reprises. Depuis 2 mois le malade dit avoir maigri. Pas de syphilis, pas de paludisme, pas d'intoxication éthylique.

Le 6 mars vers 9 à 10 heures du matin il se sent tout d'un coup brisé, courbaturé, il éprouve une faiblesse marquée dans les membres, un point douloureux sous le sein gauche et un autre entre les deux épaules ; il a beaucoup de peine à marcher, à rester debout. Il se présente à la Charité vers 5 heures du soir. Ce soir même je le vois à la salle Bouillaud dans le service de M. le professeur Potain. Le malade est dans un état de prostration extrême presque d'un état typhoïde, mais cependant sans stupeur proprement dite. Il se plaint d'une douleur extrêmement intense dans les membres, dans le dos, dans la tête. Avec une oppression très marquée, c'est à peine s'il répond aux quelques questions qu'on lui pose. Le pouls est fréquent, sans irrégularité, la température est de 39°2. En arrière à la partie inférieure du poumon gauche je constate la diminution de la sonorité, un souffle tubaire accompagné de râles crépitants.

7. — Température 39°6 le matin, 40° le soir. Pouls 120 sans irrégularités ; pas d'albumine dans l'urine. — M. Potain examine le malade et trouve la tonalité plus élevée sous la clavicule gauche. En

arrière à la base gauche on remarque de la submatité ; de la bronchophonie, du souffle tubaire ; au même point, on trouve un petit foyer de râles crépitants. Respiration très accélérée, toux peu fréquente ; expectoration muqueuse et un peu rouillée. Douleur très vive sous le sein gauche, exagérée par la pression et les mouvements respiratoires. Prostration très grande. Langue blanche, sale, humide. Etat nauséux. Gargouillements dans la fosse iliaque droite. Rate 15,5 ; Le foie n'est pas augmenté de volume.

8. — Température du matin 38°8 ; le soir 39°8. Prostration marquée. L'oppression et le point de côté persistent. Albumine dans l'urine (0 gr. 80 environ).

9. — Pouls = 104. Température le matin 39°2 ; le soir 39°6. Prostration très accusée. Respiration 36. Dans l'aisselle gauche, râles crépitants et, plus haut, souffle tubaire. Matité maxima à la partie supérieure de la fosse sous-épineuse gauche où l'on entend du souffle tubaire intense. A la partie inférieure de l'aisselle gauche, sonorité et respiration normale. Au niveau de la 1^{re} côte, et dans le 1^{er} espace intercostal, submatité avec tonalité plus élevée. Pression artérielle à la radiale gauche. — 13. Langue saburrale.

10. — P. = 104 ; P. A. = 15 (radiale gauche) Température du matin 38°4, du soir 38°2. Un peu de sang dans les crachats, qui sont abondants.

La douleur persiste sous le sein gauche. Respiration = 40. A gauche, matité complète dans le 1^{er} espace ; submatité dans le 2^e espace, pas de râles. Souffle amphorique sous le clavicule gauche, bronchophonie ; exagération des vibrations thoraciques. En arrière, matité complète dans la fosse sus-épineuse ; submatité dans la fosse sous-épineuse, sonorité normale à la partie inférieure. A l'auscultation on trouve à la partie inférieure une respiration faible, à la partie moyenne le murmure vésiculaire assez distinct, des râles sous-crépitan. Dans la fosse sus-épineuse du souffle tubaire, à tonalité plus haute et à timbre un peu amphorique.

Les bruits du cœur sont faibles, mais distincts. Traces d'albumine.

11. — Pouls = 88 très régulier. P. A. = 14. Température du matin = 37° ; du soir 39°. — Crachats abondants, filants, légèrement colorés en rose. Skodisme moins marqué sous la clavicule gauche, où le souffle a presque disparu. On l'entend encore dans la fosse sus-épineuse

gauche. Ronchus sonores à la partie inférieure. Matité dans la fosse sus-épineuse gauche. Prostration moindre. Respiration = 36 ; le cœur est normal, mais les bruits sont faibles.

12. — Pouls = 100 ; P. A. = 14 1/2. Température du matin = 37°4 ; du soir 38°. — Expectoration abondante, non colorée. En avant et à droite respiration normale ; à gauche souffle expiratoire, râles de crépitation sous-pleurale. En arrière et à gauche dans la fosse sus-épineuse murmure vésiculaire normal, quelques ronchus. Râles crépitants de retour dans l'aisselle. Respiration = 28. Cœur normal. Rate = 14.

13. — Pouls = 88 ; respiration = 24. Température = 37°. — Le point de côté est très modéré, mais on constate à la base du poumon droit des signes de congestion. Traces d'albumine.

14. — Pouls = 72, température du matin = 36°8 ; du soir 36°6. — Expectoration muqueuse. Skodisme sous la clavicule gauche où l'on constate un affaiblissement du murmure vésiculaire, sans souffle, et un peu de crépitation sous-pleurale. En arrière et à gauche respiration normale. A la base du poumon droit, diminution de sonorité, murmure vésiculaire faible ; pas de râles. Cœur normal. Urine = 800 grammes. Encore un peu de prostration.

15. — Température = 36,7 ; urine = 700 grammes. ; plus de prostration, ni d'oppression. Léger skodisme sous la clavicule gauche où l'on trouve l'expiration un peu prolongée ; quelques râles un peu plus bas. A la base droite dans les 2/3 inférieurs, respiration faible, expiration un peu prolongée, quelques râles sous-crépitanants très fins. Le malade demande à manger.

Rate = 13.

16. — Pouls = 84 ; A. P. = 13 ; urine = 1800 grammes. Température du matin = 36°2 ; du soir 36°4. — Encore grande faiblesse. Respiration 20. Sonorité normale sous la clavicule gauche. En arrière, sonorité normale de haut en bas ; murmure vésiculaire distinct, pas de râles. A droite et en arrière dans le quart inférieur, sonorité légèrement diminuée ; murmure vésiculaire nettement affaibli ; vibrations thoraciques conservées ; pas de bronchophonie. Deux degrés d'aliments.

17. — Température = 36°8 ; pouls 80 ; cœur normal. Même état. A la base du poumon droit, les signes de congestion persistent.

18. — L'état du malade s'améliore. Il a encore des traces de conges-

tion à la base du poumon droit. Les crachats sont fluides, muco-purulents, manifestement bronchiques.

Rate = 12,5.

Obs. 2 (personnelle). — *Grippe à forme gastro-intestinale*. Rate = 16; 13, 5; 12,5. — Hôpital de la Charité, salle Piorry. Service de M. le professeur POTAIN. — Femme de 43 ans exerçant la profession de femme de ménage, entrée le 6 mars 1895, salle Piorry, 20.

Rien de particulier à noter ni dans les *antécédents héréditaires* ni dans la vie personnelle sauf une rougeole à l'âge de 11 ans. — Toujours bien portante, elle se sent tout d'un coup malade vers le soir du 1^{er} mars; elle éprouve ce soir même une douleur à la nuque, une céphalalgie intense, des bourdonnements d'oreille, des douleurs dans les membres, dans tout le corps; une courbature des plus prononcées. Le jour suivant, des vomissements alimentaires puis bileux surviennent. Elle est forcée de quitter son métier et de garder le lit jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Le soir même j'examine la malade et je constate les signes suivants : Température, 37°, pouls régulier sans fréquence, cœur normal, rien aux poumons; langue humide saburrale, constipation. Rate = 16.

7 mars. — Même état général, pas de fièvre, pas d'albumine dans l'urine. Langue blanche, les vomissements se sont arrêtés depuis le 5 mars. Rate = 16.

Les jours suivants la malade va de mieux en mieux, les forces reviennent, l'appétit reparait; la température oscille entre 37° et 36°, 2.

15. — Rate = 13, 5.

18. — Il ne reste qu'un peu de faiblesse; rate = 12, 5.

Elle sort complètement guérie avec une rate de 12, 5.

Obs. 3 (personnelle). — *Congestion pulmonaire d'origine grippale*. Rate = 15,5; 14,5; 14; — Hôpital de la Charité. Salle Bouillaud, service de M. le Professeur POTAIN. — Mécanicien de 43 ans, entré le 20 mars 1895, salle Bouillaud, n° 32. A 12 ans, fièvre typhoïde. Depuis 10 ans il a des crises de colique de plomb tous les ans; il y a 6 ans, paralysie radiale droite qui a duré 5 mois. A 28 ans il contracte la fièvre intermittente, au Venezuela, et présente des accès pendant 5 ans.

Il y a 6 jours à la suite d'un coup de froid, il est pris de frisson, de

fièvre, céphalalgie, malaise général, rachialgie, toux, point de côté à droite.

21 mars. — Pas de fièvre, pas d'albumine. Pouls = 88. P.A. = 13,5 (radiale droite). Cœur normal. Diminution de sonorité, affaiblissement du murmure vésiculaire aux deux bases. Râles de crépitation sous-pleurale à la base gauche. Le foie n'est pas gros.

Rate = 15,5 douloureuse à la pression et à la percussion à sa partie inférieure.

22. — Même état ; rate = 15,5 avec persistance de la douleur.

24. — Amélioration dans l'état général. Les signes de congestion pulmonaire persistent. Rate = 14,5.

25. — L'amélioration continue. Rate = 14 ; la percussion de la portion inférieure de la rate est moins douloureuse.

Obs. 4 (personnelle). — Grippe à forme thoracique avec un foyer de pneumonie congestive. Rate = 16 ; 15,5 ; 15. — Hôpital de la Charité. Salle Bouillaud. Service de M. le professeur POTAIN. — Garçon d'office âgé de 43 ans, entré le 6 mars 1895, salle Bouillaud, n° 2. Sans antécédents héréditaires ni personnels dignes d'attention ; en 1882 il a eu une arthrite traumatique qui s'est terminée par l'ankylose du genou.

Il y a 10 jours, début brusque par la fièvre et des vomissements alimentaires, une céphalalgie violente, de la courbature, des douleurs dans les membres ; la toux est fréquente accompagnée d'expectoration muqueuse ; la diarrhée se montre de temps en temps ; le malade s'affaiblit de jour en jour. Quelques jours après des transpirations abondantes surviennent, la céphalalgie augmente, le dégoût des aliments se prononce ; les vomissements continuent ;

La constipation opiniâtre se manifeste. La toux devient plus fréquente et s'accompagne de crachats muco-purulents ; 2 ou 3 jours avant son entrée à l'hôpital, il survient de l'oppression.

Il entre dans le service de Monsieur le Professeur Potain le 6 mars ; ce jour même, je constate une oppression très marquée. Pouls = 96 ; Température = 39°, 2.

Sonorité normale des deux côtés de la poitrine sauf à la base du poumon droit, où l'on trouve une diminution de la sonorité. Râles sous-crépitants disséminés à gauche et à droite. Cœur normal. Le foie ne débord pas les fausses côtes. Rate = 16.

7 mars. — Pouls régulier = 88. Température = 37°. Dans l'urine, un peu d'albumine. Prostration marquée. Céphalalgie intense. Submatité dans la moitié inférieure du poumon droit. Râles sous-crépitaux disséminés. Périmètre thoracique à gauche = 46,5 ; à droite = 45,5. Expiration mousseuse, un peu visqueuse. Cœur normal. Langue suburrale. Le foie ne déborde pas les fausses côtes. Herpès sur l'aile gauche du nez. Rate = 16. Température du soir = 38°.

Les jours suivants l'oppression diminue, l'appétit revient ; la température reste sensiblement normale ; l'état du malade s'améliore, les signes de percussion et d'auscultation sont presque les mêmes.

16. — Diminution de sonorité très légère à droite. Respiration soufflante à droite et en haut surtout au niveau de la racine des bronches. Râles de crépitation sous-pleurale à droite et en bas.

17. — Tonalité plus haute et sonorité un peu moindre à la partie moyenne du poumon droit. Le souffle au niveau de la racine des bronches a disparu ; à cet endroit on trouve de l'expiration prolongée. Crépitation sous-pleurale à la partie moyenne de la fosse sous-épineuse droite.

Rate = 15,5.

Il sort complètement guéri avec une rate de 15 centimètres.

Obs. 5 (personnelle). — *Pneumonie congestive datant de 3 à 4 jours dans le cours d'une bronchite grippale survenue depuis 15 jours.* Rate = 15,5 ; 14. — Hôpital de la Charité, salle Bouillaud, service de M. le professeur POTAIN. — Il s'agit d'un commissionnaire de 36 ans entré le 20 mars 1895, salle Bouillaud, lit n° 9.

Aucune maladie antérieure ; pas de syphilis, pas de paludisme. Il y a 14 jours, en travaillant, il éprouve des frissonnements, des maux de tête, de la faiblesse dans les jambes, il a des vomissements, perd l'appétit, souffre d'une toux déchirante avec expectoration muqueuse. Insomnie, agitation pendant 2 ou 3 nuits ; élévation de température pendant les 5 ou 6 premiers jours. Un médecin en ville porte le diagnostic de bronchite grippale. La veille de son entrée à l'hôpital, le malade éprouve un point de côté très fort sous le sein gauche, avec gêne respiratoire.

A son entrée, température = 37°,1 ; pouls régulier sans fréquence, pas d'albumine dans l'urine. Tonalité plus élevée sous la clavicule droite, respiration plus forte à gauche et en avant ; en arrière et à

droite, diminution de la sonorité dans la fosse sus épineuse et la partie supérieure de la fosse sous épineuse. Respiration rude, expiration soufflante à tonalité basse avec affaiblissement notable du murmure vésiculaire ; expectoration visqueuse, gommeuse très légèrement colorée. Cœur normal, souffle mésosystolique dans la région sous apexienne. Langue humide, légèrement blanchâtre, pas de constipation ; pas de tuméfaction du foie. Rate = 15,5.

23. — Température normale ; en arrière dans la portion supérieure du poumon droit diminution de la sonorité. De la crépitation sous pleurable s'ajoute au souffle ; expiration prolongée ; pectoriloquie aphone, bronchophonie, crachats visqueux présentant l'aspect d'une solution de gomme. Rate = 14.

25. — Les signes de congestion au sommet droit persistent ; le malade, ne se plaint que d'une faiblesse encore assez prononcée. Rate = 14.

RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS RECUEILLIES DANS LE SERVICE DE M. LE PROFESSEUR POTAIN.

Obs. 6. — *Grippe à forme thoracique*. Rate = 18 ; 14. — Cuisinière de 30 ans. Entrée salle Piorry, n° 5, le 24 janvier 1894. — Varicelle à 4 ans, rougeole à 9 ans ; en 1889 congestion cérébrale. L'invasion grippale date de 8 jours. A son entrée rate. = 18.

9 février, rate = 14.

Obs. 7. — *Grippe. Erythème simple*. — Domestique de 23 ans entrée salle Piorry, n° 11, le 21 février 1894. — Rougeole à 7 ans ; il y a 6 jours début de la grippe par une douleur lancinante, très vive à la région précordiale, et correspondant dans le dos. La douleur disparaît 4 jours après, mais le malade éprouve une douleur très vive dans les deux mollets. A son entrée, on constate une rougeur aux 2 mollets avec un peu d'oedème, moins douloureux qu'au début. Température le 21 au soir = 39° ; le 22 au matin = 37°, 6 un peu d'albumine dans les urines. Cœur normal. Respiration normale. Rate = 14, 5.

Obs. 8. — *Grippe pyréétique à forme nerveuse*. Rate = 16 ; 15. — Garçon de 22 ans entré salle Bouillaud, n° 23, le 16 mai 1894. Adé-

nopathie sous-maxillaire suppurée vers 6 ans ; rougeole à 8 ans. Il y a 4 jours l'invasion grippale.

17 mai. — Pouls régulier = 92 ; température = 38° ; cœur normal. Murmure vésiculaire faible partout en arrière, mais normal. Rate = 16 ; 19 mai, température = 37° ; rate = 15.

OBS. 9. — *Grippe apyrétique à forme gastro-intestinale. Rate = 16.* — Garçon d'hôtel de 23 ans, entre salle Bouillaud, n° 29, le 11 novembre 1894. Pas de maladie antérieure ; il y a 6 jours l'invasion brusque de la grippe. A son entrée, pas de fièvre, gargouillements dans tout le ventre. Diarrhée depuis 4 jours. Foie un peu gros et douloureux à la percussion. Cœur normal. Respiration normale. Pas d'albumine dans l'urine. Rate = 16.

OBS. 10. — *Bronchite grippale sans fièvre. Rate = 14.* — Sommelier de 21 ans, entré salle Bouillaud, n° 6, le 17 décembre 1894. Bien portant. Depuis 8 jours, douleur sous le sein gauche, mal à la gorge, courbature générale, toux. A son entrée, râles ronflants disséminés, traces d'albumine, abattement, prostration, pouls 96. Rate = 14.

OBS. 11. — *Grippe pyrétiq. à forme nerveuse. Rate = 16.* — Domestique de 48 ans, entrée salle Piorry, n° 2, le 18 décembre 1894. Aucune maladie sauf une bronchite l'hiver dernier, Le 17 décembre au soir, maux de reins, perte de l'appétit, frisson, forte céphalagie, tremblement, faiblesse. Le 18 décembre, température = 39° le lendemain matin = 37°,8 ; pouls = 112. Céphalalgie frontale persistante ; cœur normal, respiration normale. Le foie n'est pas gros. Rate = 16.

OBS. 12. — *Grippe apyrétique. Rate = 14.* — Cuisinière de 20 ans, entrée salle Piorry, n° 7, le 19 décembre 1894. Sujette à tousser tous les hivers depuis 2 ou 3 ans. Il y a 15 jours invasion grippale. A son entrée, pas de fièvre, pouls 80, souffle sibilant à tonalité haute dans les vaisseaux du cou. Respiration normale. Rate = 14.

OBS. 13. — *Grippe pyrétiq. Rate = 15.* — Serrurier de 38 ans, entré salle Bouillaud, n° 20, le 9 janvier 1894. Congestion pulmonaire droite l'année dernière. Depuis 4 jours, frissons, fièvre, vomissement bilieux voix enrouée, toux, oppression. A son entrée, température = 37°,6, le

lendemain matin = 38° ; pouls = 100 à 104. Cœur normal. Voix enrouée, sonorité et respiration normales. Foie gros. Rate = 15.

Obs. 14. — *Grippe pyrétique. Rate = 13.* — Domestique de 30 ans, entrée salle Piorry, n° 33, le 16 janvier 1895. Rougeole dans l'enfance. Métrite comme suite de couches. Depuis 8 jours début de la grippe. A son entrée, température = 38°, 37°, 8. Conjonctivite. Rachialgie surtout lombaire. Réspiration normale. Rien au cœur. Langue blanche, rougeur du pharynx avec une légère tuméfaction des amygdales. Anorexie, pas de diarrhée. Douleurs intenses dans les 2 membres inférieurs. Rate = 13.

Obs. 15. — *Grippe apyrétique à type scarlatiniforme. Rate = 14,5.* — Garçon de magasin, âgé de 53 ans, entré salle Bouillaud, n° 31.

Sujet à s'enrhumer l'hiver depuis une dizaine d'années. Depuis 18 mois toussé davantage. Début de la grippe depuis 8 jours ; à son entrée râles de bronchite. Rate = 14,5. Deux jours après, rougeur scarlatineuse uniforme sur les 2 membres inférieurs ; moins nette dans le dos la rougeur n'a duré que 24 heures.

Obs. 16. — *Grippe pyrétique. Rate = 16.* — Cocher de 33 ans, entre salle Bouillaud, n° 22 le 15 mars 1894. Bonne santé antérieure. Depuis 3 semaines indigestion avec fièvre, inappétence, céphalalgie. Depuis cette époque il se sent fatigué, courbaturé. Le 16 mars, température — 39°, traces d'albumine dans l'urine ; le foie gros, sensible à la percussion, mesure 19 centimètre sur la ligne mammaire. Rate = 16.

17 mars. — Le foie est moins gros et moins douloureux à la percussion.

18. — Le foie a repris ses dimensions normales.

Obs. 17. — *Grippe pyrétique. Rate = 14 ; 13.* — G. fleuriste de 22 ans, entre salle de Bouillaud, n° 17, le 21 mars 1894. Depuis 12 jours, invasion grippale. Le 21 mars, température — 39°, 6, 37°, 6 le lendemain matin ; céphalalgie ; toux ; respiration normale. Langue humide, un peu blanche ; perte de l'appétit, constipation. Rate = 14.

24. — Rate = 13.

Obs. 18. — *Grippe pyrétique. Rate = 13.* — Tailleur de 20 ans,

entre salle Bouillaud, n° 21, le 30 décembre 1874. Début de la grippe il y a 3 jours. A son entrée, température 38°,2, pouls 84, cœur normal ; rien au poumon. Langue blanche humide, pas de météorisme ; pas de gargouillement ; pas d'albumine dans l'urine. Rate = 13.

OBS. 19. — (Th. de CHAUVÉAU, 1884). (Résumé). — Confectionneuse, âgée de 35 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Ste Jeanne, lit 22. La matité longitudinale de la rate peut être évaluée à 8 ou 10 centimètres ; rien excepté la grippe ne pourrait expliquer cette tuméfaction de la rate. Elle sort complètement guérie mais avec une rate encore volumineuse.

OBS. 20. — (Th. de CHAUVÉAU) (Résumé). — Blanchisseuse de 43 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Ste Jeanne, n° 2. Bonne santé antérieure, ni syphilis, ni malaria. L'examen de la région splénique dénote une matité assez considérable, 12 centimètre environ. Le foie n'est pas gros. Elle est guérie avec une rate encore grosse.

OBS. 21. — (Th. de CHAUVÉAU) (Résumé). — Concierge âgée de 48 ans entrée à l'Hôtel-Dieu. La rate offre une matité qui peut être évaluée à plus d'un travers de main ; rien ne peut expliquer cette augmentation de volume sauf la grippe.

OBS. 22. — (Th. de CHAUVÉAU) (Résumé). — Domestique de 19 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu. Toujours bien portante. Foie un peu gros. Cœur normal, submatité splénique assez étendue, qui ne peut être expliquée que par la grippe.

OBS. 23. — (Th. de CHAUVÉAU) (Résumé). — Domestique de 18 ans. Il y a 15 jours environ, invasion d'une grippe des mieux caractérisées. La rate est nettement augmentée de volume ; la matité occupe au moins 8 à 10 centimètres.

OBS. 24. — (Th. de CHAUVÉAU) (Résumé). — Domestique de 21 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu. Pas de maladies antérieures. Début de l'affection 10 jours auparavant. Rate volumineuse ; on trouve une matité d'environ 10 centimètres. Complètement guérie, elle sort de l'hôpital avec une rate encore grosse.

OBS. 25. — (Th. de CHAUVÉAU) (Résumé). — Infirmière de 23 ans,
MANGOUBI 5

entrée à l'Hôtel-Dieu. On diagnostique une pneumonie grippale. La rate est volumineuse et reste telle pendant toute la durée de la maladie. 25 jours après son entrée à l'hôpital, elle part pour Vésinet en convalescence avec une rate encore grosse.

OBS. 26. — (Th. de MENETRIER) (Résumé). — Hôpital Tenon. Salle Barth, n° 5. Service de M. Cuffer. — Charbonnier de 26 ans entré le 6 février 1886. On diagnostique une pneumonie d'origine grippale occupant le sommet droit. Le ventre est un peu ballonné ; la rate est grosse, le foie douloureux et augmenté de volume.

OBS. 27 — (Th. de MENETRIER) (Résumé). — Porteur aux Halles de 50 ans, entré le 12 mai 1886, à la Pitié, salle Jenner. Homme robuste ; fièvre typhoïde en 1851 ; intoxication alcoolique. Depuis 13 jours invasion de la grippe. A son entrée on fait le diagnostic d'une pneumonie grippale. Autopsie le 16 mai : cœur sain, foie un peu gros ; rate grosse et molle.

OBS. 28. — (M. GAUCHER, *Soc. méd. des hôp.*, 1890) (Résumé). Charité. — Salle Cruveilhier, n° 5. Femme de 33 ans succombée le 10^e jour de sa grippe d'une pneumonie de tout le lobe supérieur gauche avec tous les symptômes d'une forme ataxo-adynamique. A l'autopsie la rate de consistance assez ferme pesait 375 grammes ; hépatisation grise de tout le lobe inférieur gauche ; congestion intense et généralisée du reste du poumon gauche, et de tout le poumon droit ; les autres organes paraissaient sains.

Recherches bactériologiques. — Les tubesensemencés avec le suc pulmonaire montrèrent quelques colonies pures d'un petit bacille. La souris inoculée avec le suc pulmonaire a succombé en 48 h. Toutes les pulpes organiques et le sang de cet animal étaient remplis du même bacille fin que nous avait montré la culture sur gélose.

OBS. 29. — (M. GAUCHER, *Soc. méd. des hôp.*, 1890) (Résumé). — Salle Cruveilhier, n° 15. Femme de 56 ans meurt d'une pneumonie grippale, localisée au sommet du poumon droit, 4 jours après son entrée à l'hôpital A l'autopsie, rate du poids de 280 grammes.

Recherches bactériologiques. — Les deux tubesensemencés avec le suc pulmonaire ont montré des colonies extrêmement nombreuses. Les

5 animaux inoculés avec le suc pulmonaire ont survécu. Peut-être dans ce cas, dit M. Gaucher, nous sommes-nous trouvé en présence de la pneumonie grippale pure sans infection secondaire, ni pneumococcique, ni streptococcique.

OBS. 30. — (M. RENDU. *Union médicale*, 1891). *Grippe épidémique à forme typhoïde*. — Charbonnier, âgé de 20 ans, entré le 7 décembre à la salle Chauffard, hôpital Necker. Il se sentait fatigué depuis quelques jours, lorsque samedi dernier il fut pris de frissonnements. En même temps, céphalée intense et température élevée. Trois jours après, le malade avait un aspect typhoïde, la température était de 39,5 ; la langue sale, sèche, colante. On constate facilement l'augmentation de volume de la rate, mais la courbature était générale et la douleur dans les membres très vive.

OBS. 31. — (M. le professeur TEISSIER. *Arch. méd. exp.*, 1892). (Résumé). *Grippe à forme gastro-intestinale avec érythème scarlatineux forme. Diplobactéries dans l'urine, sang stérile*. — C.... entre le 12 mars 1891, salle des Troisièmes Femmes, n° 6. La rate est nettement hypertrophiée donne une zone de matité de quatre bons travers de doigts.

OBS. 32. — (M. le professeur TEISSIER. *Arch. méd. exp.*, 1892). (Résumé). — Grippe grave ayant débuté par des vertiges violents, une céphalalgie atroce, des épistaxis. Hyperthermie. Albuminurie. Constata-tion le jour de la défervescence, du diplobacille dans l'urine, préalablement stérilisée. L'examen du sang reste négatif. Cette malade a offert cette particularité absolument digne d'attention : la matité splénique qui, le 23 mars au soir s'étendait sur un espace de cinq grands travers de doigts, n'était plus perceptible le 24 mars au matin.

OBS. 33. — (M. le professeur TEISSIER. *Arch. méd. exp.*, 1892). (Résumé). Grippe infectieuse à forme typhoïde, hyperthermie. Défervescence le 7^e jour. Rechute. Pneumonie du sommet droit. Asphyxie. Mort. Constata-tion du diplobacille dans les urines et dans les selles. Eléments streptobacillaires dans le sang.

Le 3 avril, jour de l'entrée à l'hôpital on avait constaté une augmentation prononcée du volume de la rate et du foie.

Autopsie de 17 avril : Absence de toute lésion intestinale. Le pou-

mon gauche, dans son lobe inférieur, est à l'état d'hépatisation rouge. Le lobe supérieur est profondément altéré. Le poumon droit splénisé dans son lobe inférieure. La rate a son volume normal.

(Mais je rappelle que l'autopsie a été faite 14 jours après la constatation de la sphénomégalie).

Obs. 34. — (M. TEISSIER. *Grippe influenza*, 1892) (Résumé). *Grippe à forme scarlatiniforme. Angine, Hyperthermie.* — Une jeune fille de 18 ans fut prise brusquement d'un mal de gorge avec une fièvre de 41 degrés environ. Dès le soir même, elle avait un rash scarlatiniforme généralisé, affectant même la face. Un exsudat pultacé, blanchâtre recouvrait les deux amygdales, sentiment de brisement profond dans les jambes, courbature très accusée. Rate grosse.

Obs. 35. — (M. TEISSIER. *Grippe-influenza*) (Résumé). *Grippe à forme typhoïde avec éruption de taches rosées lenticulaires. Hyperthermie. Agitation nerveuse avec un mal de tête intense, un léger épistaxis ; la rate grosse.*

Au bout de 48 heures la température subissait une chute très sensible ; la rate diminuait de volume, la défervescence s'accroissait et au bout d'une semaine le malade était en pleine convalescence.

Obs. 36. — (M. TEISSIER. *Grippe-influenza*) (Résumé). *Grippe à forme syncopale.* — Un jeune étudiant sorti de chez lui en apparence bien portant fut pris à 50 mètres de sa demeure d'une véritable syncope. Albumine dans l'urine ; température de 40° ; augmentation du volume de la rate. Au bout de 48 heures tout était terminé.

CHAPITRE IV

Etude clinique.

Il résulte de toutes les observations que nous avons pu recueillir dans la littérature médicale et de nos observations personnelles que nous avons prises dans le service de M. le professeur Potain un fait incontestable, la rate se tuméfie dans la grippe indépendamment de la forme clinique sous laquelle se présente cette affection.

Mais quelle est la *fréquence* de cette splénomégalie ? MM. les professeurs Potain, Teissier en France ; Leyden, Redner, Ribert en Allemagne, Weichselbaum, Nothnagel à Vienne ; Sokoloff, Kosthiourine, Kernig en Russie sont d'avis que la tuméfaction de la rate s'observe fréquemment ou presque toujours au cours de la grippe.

M. Comby a observé au mois de décembre 1889 et au mois de janvier 1890, 218 cas de grippe chez les enfants ; 48 de ces enfants avaient moins de 2 ans, 76, de 2 à 5 ans ; 94, de 5 à 15 ans. Dans aucun cas cet auteur n'a constaté l'augmentation du volume de la rate. Mais il faut ici remarquer que M. Comby ne parle pas du procédé qu'il avait employé dans l'examen de la rate. Si cet auteur ne se servait que de la palpation, nous ne pourrions tenir compte du résultat de ses recherches.

Le Dr Raouchfuss (de Russie) dit n'avoir pas observé chez les enfants la tuméfaction de la rate. Comment expliquer que l'opinion de ces deux derniers auteurs est absolument contraire à l'opinion de ceux que nous avons cités

plus haut ? Peut-on invoquer la forme plus bénigne de la grippe chez les enfants, qui réagiraient faiblement contre l'infection ?

Passons maintenant aux résultats obtenus par la statistique. Dans le grand rapport sur l'influenza-grippe, présenté par la *Société médicale de Berlin*, nous trouvons que sur 3.304 feuilles de réponse envoyées aux médecins allemands 60 seulement nous renseignent sur ce point. Une de ces feuilles de réponse désigne la tuméfaction de la rate « dans tous les cas », 3 comme « presque constante », 4 comme « très fréquente », 5 comme « apparaissant parfois », 2 comme rare, enfin 4 médecins ne l'ont jamais observée. Ce n'est que quatre médecins qui ont essayé d'établir la proportion des malades chez lesquels ils avaient observé la tuméfaction splénique ; ils l'ont trouvée de 2, 1 à 42,2 pour cent.

Quel est le *degré* de cette splénomégalie grippale ?

Ici nous devons remarquer qu'en clinique nous sommes obligé de juger de la tuméfaction de la rate d'après les variations de son diamètre longitudinal. On pourrait percuter la rate dans son diamètre transversal, mais ici il faut s'arrêter aux données approximatives, étant donné que la matité splénique se confond transversalement en bas et en arrière avec celle du rein gauche.

Le plus grand diamètre de la rate mesurée dans son étendue non recouverte par le poumon est de 10 à 12 centimètres. Dans toutes les observations recueillies dans le service de M. le professeur Potain, nous voyons ce diamètre varier entre 13-18 centimètres. Les feuilles de réponse du rapport de la société médicale de Berlin désignent ainsi le degré de tuméfaction de la rate : une fois énorme, une fois considérable, 5 fois moyenne, 4 fois légère. Nous ne

connaissions qu'un cas de splénomégalie considérable vérifiée à l'autopsie ; c'est le cas de Lichtenstern. La rate avait 21 centimètres de longueur et était recouverte d'une périsplénite fibrineuse aiguë.

Ainsi les différents auteurs décrivent différemment le degré de tuméfaction splénique. Nous sommes tenté d'expliquer cette différence dans la tuméfaction splénique par cette remarque, qu'en dehors de l'intensité de l'infection et de la réaction de l'organisme, la durée de la maladie influe sur l'augmentation du volume de cet organe.

Mais d'une façon générale on peut dire que la tuméfaction de la rate dans la grippe est moyenne ou légère et que son extrémité inférieure ne déborde pas les fausses côtes.

Quelle est la *marche* de cette hypersplénie grippale ?

Nos observations personnelles ne nous permettent pas de dire à quel moment cette splénomégalie apparaît. A l'hôpital nous observons des malades quelques jours après le début de l'affection. Nous avons constaté la tuméfaction de la rate chez nos malades au moment même de leur entrée à l'hôpital. Chez quelques-uns qui n'ont pas présenté ce symptôme à leur entrée, la tuméfaction de la rate ne s'est pas manifestée plus tard.

Quelle est l'époque de sa disparition ? Sur ce point les auteurs gardent le silence. Toutes les fois que M. Chauveau examinait la rate chez les malades, sortant de l'hôpital et qui au cours de la maladie présentaient de l'hypersplénie, il trouvait que la rate restait tuméfiée. Les observations que nous avons recueillies dans le service de notre maître M. le professeur Potain ne nous permettent pas de partager cette manière de voir. Nous avons pu au contraire constater que la résolution de la tuméfaction splénique se produit

lentement de jour en jour au moment de la convalescence des malades. Un seul de nos malades est sorti de l'hôpital avec une rate ayant encore 15 centimètres pour son diamètre longitudinal.

Mais écoutons un peu un observateur des plus autorisés en la matière, M. le professeur Teissier. Dans une de ses leçons sur les formes cliniques de la grippe, il nous dit ceci à propos du diagnostic différentiel entre la grippe à forme typhoïde et la *dothièmentérie* : « Très précoce et souvent nettement constatable dès les premières heures de l'invasion fébrile, dans la grippe, et atteignant le volume moyen de quatre bons travers de doigt à la percussion, le phénomène (tuméfaction splénique) ne persiste guère au delà de 3 ou 4 jours et le retour *ad integrum* se fait souvent en quelques heures. Cette diminution rapide du volume de la rate coïncide le plus souvent avec la défervescence. Au moment de la rechute on observe aussi une nouvelle augmentation du volume de la rate, mais très passagère. Qu'on veuille bien consulter les 3 observations de M. le professeur Teissier que nous avons citées sous les n^{os} 32, 35, 36 et on verra l'affirmation de cette opinion.

Quels sont les *troubles fonctionnels* ? Dans toutes les observations analysées plus haut, on ne trouve qu'un seul cas, récemment observé par nous dans le service de M. le professeur Potain, où le malade accusait une douleur assez vive à la pression et à la palpation de l'hypochondre gauche. Dans le rapport de Berlin cité plus haut je vois que parmi les 60 feuilles de réponse, qui nous renseignent sur l'état de la rate, 3 seulement signalent la tuméfaction splénique douloureuse et que dans 2 autres seulement on parle de l'endorisement de la région splénique, sans tuméfaction de la rate.

Quelle est la *valeur* de la splénomégalie grippale ? Nous avons vu dans notre premier chapitre que la rate, organe à la fois lymphatique et sanguin, jouit d'une grande faculté d'expansion ; c'est un des premiers organes sur lesquels retentit l'envahissement de l'organisme par les bactéries et leurs toxines. Aussi l'hypersplénie se retrouve-t-elle dans presque toutes les maladies infectieuses. Elle est d'une importance capitale dans la fièvre typhoïde, dans la fièvre récurrente, dans le typhus, dans la fièvre intermittente. D'une importance moindre que dans la dothiéntérie et le paludisme, la tuméfaction de la rate « signifie encore beaucoup » dans la grippe, comme le dit M. le professeur Potain.

Pour nous, la splénomégalie grippale est importante à un triple point de vue : d'une part elle confirme la nature infectieuse de la maladie et indique l'atteinte profonde générale de l'organisme sans qu'il y ait cependant un rapport direct entre l'intensité de la maladie et le degré de la tuméfactions plénique, entre la fin de la maladie et la résolution absolument nécessaire de cette tuméfaction. D'autre part c'est un signe qui ne permet plus de distinguer la grippe de la dothiéntérie. Ce n'est que sur l'étude approfondie de la marche clinique de cette tuméfaction qu'on pourrait établir le diagnostic différentiel. C'est ainsi que M. le professeur Teissier dit que dans la fièvre typhoïde l'augmentation du volume de la rate se fait d'une façon plus progressive, persiste plus longtemps que dans la grippe et que son retour aux dimensions normales se fait aussi d'une façon progressive tandis que dans la grippe il se fait rapidement. Cependant nous pouvons dire que nos observations personnelles ne nous permettent pas d'admettre d'une façon définitive cette dernière distinction.

Enfin si le diagnostic de la grippe est en général facile, surtout dans les cas où les symptômes essentiels se trouvent réunis : brusquerie du début, intensité des phénomènes généraux en l'absence de manifestations locales plus ou moins accusées, brusque dépression de la courbe thermique au début de la période fébrile suivie d'une rechute ; il y a au contraire des cas (surtout dans les formes larvées) où les symptômes observés (syncope, arythmie, bradycardie, tachycardie, palpitations, mélancolie, lypémanie, névralgies, phénomènes urémiques etc.) peuvent parfois dérouter même le clinicien le plus expérimenté. Nous sommes d'avis que dans ces formes frustes de la grippe la constatation de la tuméfaction splénique peut attirer l'attention du médecin du côté de la grippe, surtout s'il se trouve en présence d'une épidémie grippale.

Etude anatomique. — Voyons maintenant dans quel état on trouve la rate à l'autopsie des individus qui ont succombé à la grippe.

Un malade du service de M. le professeur Jaccoud meurt d'une pneumonie grippale ; on trouve à l'autopsie la rate grosse et molle. Un autre meurt dans le service de M. Bucquoy d'une pneumonie grippale, la rate est grosse et molle. Nous avons vu dans deux observations de M. Gaucher que dans un cas, la rate, de consistance ferme, pesait 375 gr. ; dans l'autre, la rate pesait 280 grammes. M. Babès a trouvé une fois la rate augmentée de volume, de couleur rouge foncé, la pulpe diffuente ; une autre fois il a vu les follicules spléniques considérablement tuméfiés. M. Leichtens-tern parle d'une rate de 21 centimètres de longueur, recouverte de périsplénite fibrineuse aiguë.

M. Weichselbaum donne les comptes-rendus des autop-

sies de 10 malades morts de la grippe avec ou sans complications. L'auteur a toujours trouvé de la tuméfaction de la rate plus ou moins prononcée. M. Ribert fait l'autopsie de 8 malades morts de la grippe ; dans un cas (phtisique ayant succombé à la grippe), la rate était considérablement augmentée de volume, d'une consistance très molle. A la coupe, la pulpe splénique était d'une couleur « rouge gris », (II) la rate est considérablement grossie, très molle. (III) Emphysème, rate doublée de volume, très molle. (IV) Rate grosse, très molle à la coupe. (V) Malade souffrant depuis longtemps de bronchite chronique ; la rate est à peu près doublée de volume, très hyperémiée, d'une consistance molle. (VI) Malade atteinte de tuberculose pulmonaire. Rate un peu grosse, mais pas trop molle. (VII) Femme emphysémateuse. Rate un peu augmentée de volume, anémiée, d'une consistance normale. (VIII) Rate grosse, très molle.

« Dans la grippe, d'après Kouskow qui en a examiné 40 cas, la rate est le plus souvent diminuée de volume ; la coupe est sale, d'un gris violet, avec des taches rouges ; la pulpe est molle, se détache facilement ; les travées et les corpuscules de Malpighi sont à peine appréciables, les hémorrhagies sont fréquentes et l'on trouve souvent des foyers de nécrose, de la desquamation de l'endothélium vasculaire, avec oblitération des vaisseaux ». Nous ne connaissons que M. Kouskow qui prétende que la rate est le plus souvent diminuée de volume dans la grippe. Nous ne pouvons donner aucune explication aux faits observés par cet auteur.

Il nous semble qu'il ne serait pas sans intérêt de voir à ce propos quelques résultats de la médecine expérimentale. Au laboratoire de l'Université de Kharkov M. le pro-

fesseur Kosthiourine en 1891 a fait 50 expériences sur des cobayes et des rats blancs ; il injectait par voie hypodermique ou pleurale la culture pure des diplocoques trouvés par lui dans les crachats des grippés. A l'autopsie des animaux tués 40^e au 50^e jour par la piqûre du bulbe, M. le professeur Kosthiourine trouvait toujours la rate considérablement tuméfiée et ayant atteint 3 ou 4 fois son volume primitif. La rate était de couleur cerise foncée, très hyperémiee ; le même auteur note l'accroissement du volume des corpuscules de Malpighi, l'hyperplasie des éléments lymphatiques. Quelques cellules sont remplies de granulations protéiques ; dans l'intervalle de ces cellules on trouve des amas de pigment brun foncé ou noir. Au début, on trouvait facilement dans la rate des diplocoques de M. Kosthiourine qui ont des ressemblances morphologiques avec la diplobactérie de M. Teissier, Roux, Pittion, comme le dit M. Berrier dans sa thèse inspirée par M. le professeur Teissier.

En résumé, nous voyons que l'autopsie et l'expérimentation montrent une tuméfaction splénique qui est parfois ferme, résistante au doigt (cas de M. Gaucher), mais le plus souvent molle et diffluente. Au point de vue histologique, les auteurs ont constaté la congestion, l'accroissement de volume des corpuscules de Malpighi, l'hyperplasie des éléments lymphatiques.

Ayant fait cette courte revue des lésions macroscopiques et histologiques de la rate grippale, nous ne voyons pas que cette splénomégalie présente des lésions spécifiques qui, au point de vue anatomique, puissent la distinguer des autres hypersplénies infectieuses aiguës.

CONCLUSIONS

I. — La splénomégalie grippale n'a attiré l'attention des observateurs que depuis 11 ans.

II. — La tuméfaction de la rate existe presque toujours dans la grippe chez l'adulte, indépendamment de la forme clinique sous laquelle se présente l'infection.

III. — Il est très probable que la rate se congestionne dès les premières heures de l'invasion ; cette congestion de l'organe persiste quelques jours et disparaît progressivement. La tuméfaction splénique persiste rarement après la convalescence.

IV. — La splénomégalie grippale indique l'atteinte générale de l'organisme ; elle facilite le diagnostic de l'affection surtout dans ses formes frustes.

V. — Dans le cours de la grippe la rate se présente à l'autopsie congestionnée, le plus souvent molle et diffluente, comme cela s'observe en général dans les maladies infectieuses aiguës.

VI. — Ce n'est pas à la palpation qu'il faut recourir pour déceler la splénomégalie grippale. Il faut percuter la rate, comme dans toutes les maladies infectieuses aiguës qui s'accompagnent de l'hypersplénie.

Pour nous la meilleure méthode de percussion de cet organe est celle qu'emploie notre vénéré maître, M. le professeur Potain.

Vu :

Le Président de la thèse,

F. POTAIN.

Vu :

Pour le Doyen,

L'Assesseur,

F. POTAIN.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

Nous n'avons nullement la prétention de donner ici la bibliographie complète de la question qui nous occupe en ce moment, d'autant plus que cette bibliographie a été faite d'une façon aussi complète que possible dans le remarquable rapport sur « l'influenza-grippe » entrepris par la Société médicale de Berlin. Nous ne mentionnerons que les ouvrages que nous avons dû consulter pour la rédaction de notre travail.

- Andral.** — De la grippe, *Dict. en 21 vol.*
Brochin. — Catarrhe, *Dict. Dechambre.*
— Grippe, *Dict. Dechambre.*
Besnier. — Rate, *Dict. Dechambre.*
Bruhl et Bezançon. — Maladies de la rate, *Manuel de médecine*, V.
Beaunis. — *Physiologie de la rate*, vol. II.
Brouardel et Proust. — *Epidémie de grippe dans Louvre.*
Bouchard. — Recherches bactériologiques, *Sem. méd.*, 1890.
Berier. — *Bactériologie de la grippe*, th. de Lyon, 1892.
Charrin. — Pathogénie de la grippe, *Sem. méd.*, 1894.
Comby. — *La grippe chez les enfants en 1889-90.*
Cornil et Ranvier. — *Anat. path.*, vol. II.
Coyne. — *Anat. path.*
Debove. — De la grippe, *Ann. de méd.*, 1892.
Duflocq. — Var. clin. de la grippe à Paris, *Revue de méd.*, 1890.
Eichhorst. — *Diagnostic médical*,
— *Path. interne*, vol. IV.
Filatow. — *Diagnostic des maladies de l'enfance.*
Fiessinger. — Grippe endémique, *Sem. méd.*, 1893.
Eichwald. — *Diagnostic clinique.*
Féréol. — *Etude clin. de l'épidémie de grippe.*
Gintrac. — De la grippe, *Dict. Jaccoud.*
Grasset. — *Leçons sur la grippe.*
Gaucher. — Sur la grippe, *Soc. méd. des hôp.*, 1890.
Jaccoud. — Sur la grippe, *Gaz. des hôp.*, 1890.
— Sur la grippe, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1890.

- Huchard.** — *Sur quelques formes clin. de la grippe infectieuse.*
— *Remarques clin. sur la grippe.*
- Kotowtschikoff.** — *Diagnostic médical.*
- Kosthiourine.** — *Vratsch*, 1892.
- Leube.** — *Specielle Diagnose der innervten Krankheiten.*
- Leyden-Huttmann.** — *L'influenza-grippe.*
- Lipski.** — *Vratsch*, 1889.
- Le Gendre.** — *La grippe actuelle chez les enfants.*
- Lemoine.** — *De la grippe à forme typhoïde*, *Sem. méd.*, 1892.
— *La grippe*, *Bull. méd.*, 1890.
- Médic.** — *Obozrenie*, 1891, 1892, 1893, 1894.
- Nastukoff.** — *Vratsch*, 1893.
- Petit.** — *De la grippe*, *Dict. en 60 vol.*
- Potain.** — *La grippe.*
- Proust.** — *Epidémie de grippe à Paris en 1889.*
- Peter.** — *Etude clin. et pathog. de l'épid. actuelle.*
- Raige-Delorme.** — *De la grippe*, *Dict. en 30 vol.*
- Regnier.** — *La grippe chez les enfants*, *Prog. méd.*, 1890.
- Rendu.** — *Formes cliniques de la grippe*, *Un. méd.*, 1891.
- Robin.** — *Rate*, *Dict. Dechambre.*
- Redner.** — *Mediz. Presse*, 1890.
- Ribbert.** — *Deutsche med. Wochenschrift*, 1890.
- Sevestre.** — *De la grippe chez les enfants*, *Merc. méd.*, 1890.
- Teissier.** — *La grippe-influenza.*
— *L'influenza en Russie*, *Ann. d'hyg. publ.*, 1891.
— *Sur une nouvelle diplobactérie.*
— *Rech. bactér. et expr. relatives à la pathogénie de la grippe.*
- Talamon.** — *L'enquête médicale sur l'épid. de grippe*, *Méd. mod.*, 1880.
- Tillaux.** — *Chirurgie clin.*, vol. II.
- Widal.** — *La grippe*, *Traité de méd.*, vol. I.
- Weichselbaum.** — *Wiener Mediz. Wochensch.*, 1890.
- Wolowski.** — *Vratsch*, 1889.

THÈSES DE PARIS.

- Chauveau.** — *Contr. à l'étude de la grippe*, 1884.
- Doussain.** — *Formes clin. de la grippe*, 1880.
- Moreau.** — *Diverses modalités cliniques*, 1885.
- Menetrier.** — *Grippe et pneumonie*, 1886.
- Leledy.** — *Epidémie de 1889-90*, 1891.
- Hulmann.** — *Nature de la grippe*, 1894.
- Charpentier.** — *Grippe et ses complications*, 1894.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot. — J. THEVENOT, successeur, St-Dizier (Haute-Marne).
